

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N° 4

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Monsieur LAUBRETON Jean-François

né le 3 Avril 1943 à LA SOUTERRAINE (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

21 AVR. 1971

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LEIOMYOMES DE L'ŒSOPHAGE**

(A propos de 2 observations recueillies au CHU d'Angers)

Président : Monsieur le Professeur NAULLEAU

**FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Monsieur LAUBRETON Jean-François

né le 3 Avril 1943 à LA SOUTERRAINE (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LEIOMYOMES DE L'ŒSOPHAGE**

(A propos de 2 observations recueillies au CHU d'Angers)

Président : Monsieur le Professeur NAULLEAU

FACULTE MIXTE

de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

16, Bd Daviers - 87.76.22

DOYEN	M. RENIER	19, rue La Fontaine
Assesseur	M. GERMAIN	18, quai des Carmes
Secrétaire	M. MAILLEUX	23, rue Rousseau

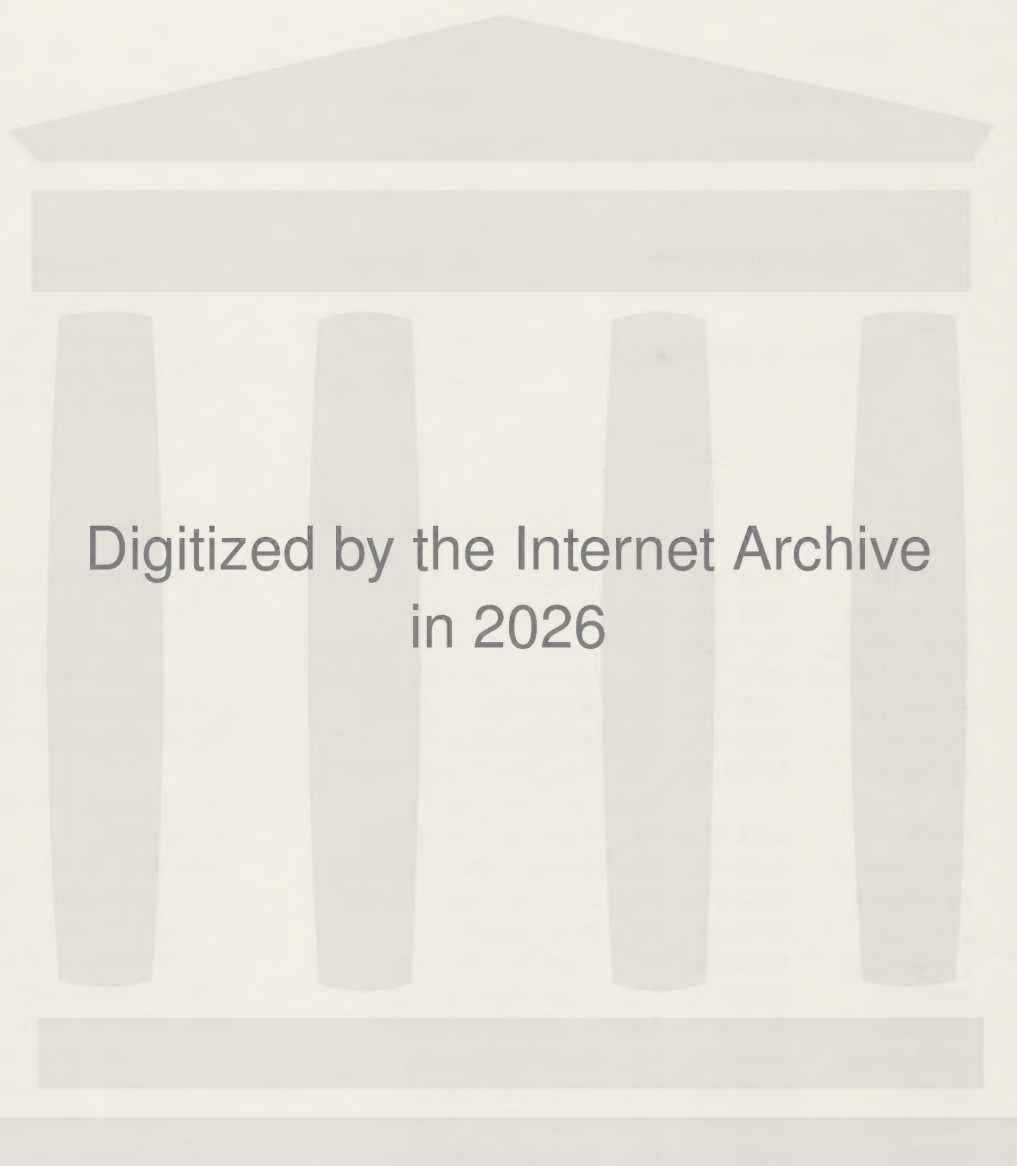
DOYEN HONORAIRE	M. ROUCHY	1, place de Lorraine
PROFESSEURS HONORAIRES	{ M. AMSLER	8, rue de Bel-Air
	{ M. DAVID	6, rue de la Gare
	{ M. ROUSSEAU	12, bis rue des Arènes
	{ M. HY	4, bis rue Hanneloup

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M.	COTTIN	ANGERS, 26, rue des Arènes	Chimie Générale
	DELAITRE	ANGERS, 20, avenue Vauban	Clinique Médicale Infantile
	DESJOBERT	CHATEAU-GONTIER, 7, rue Thiers	Pharmacie Chimique
	FRESSINAUD	ANGERS, 5, avenue Jeanne d'Arc	Clinique Médicale B
	GERMAIN	ANGERS, 18, quai des Carmes	Botanique et Cryptogamie
	GOYER	ANGERS, 12, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale B
	GUERIN	AVRILLE, 6, av. Foulques Nerra Parc de la Haye	Biophysie Médicale
	GUNTZ	ANGERS, 16, rue La Fontaine	Anatomie
	HERISSET	ANGERS, Résidence des Plantes	Matière Médicale
	HERMANN	ANGERS, 21, rue du Quinconce	Clinique Ophtalmologique
	JOLIVET	ANGERS, 27, rue Hoche	Chimie Analytique
	LAFARGUE	ANGERS, 67, rue du Bellay	Pharmacie Galénique
	MARTIN	ANGERS, 17, rue Hanneloup	Pathologie Chirurgicale
	MENARD	BECON - les - GRANITS (49)	Hygiène et Médecine Sociale
	NAULLEAU	ANGERS, 18, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale A
	OURY	ANGERS, 66, rue Rabelais	Clinique Pneumo-Phtisiologique
	PERREAU	ANGERS, 19, rue Paul Bert	Clinique Médicale A
	REBEL	ANGERS, 74, rue du Bellay	Histologie
	RENIER	ANGERS, 19, rue La Fontaine	Clinique Rhumatologique
	ROUCHY	ANGERS, 1, place de Lorraine	Clinique Gynécologique et Obs
	SIMARD	ANGERS, Résidence Anjou Bt B Rte des Ponts de Cé	Anatomie Pathologie

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	BOUCHEMAINE, 5 domaine de la Croisette	Parasitologie.
---------	---	----------------



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545934_0013

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	BONNIOT	AVRILLE 74, av. du Cdt. Ménard	Clinique Médicale B
	JOUBAUD	ANGERS, 9, rue Proust	Méd. Gén. et Expérimentale
	PARSY	ANGERS 35, av. Jeanne d'Arc	O.R.L
	PERTUS	STE GEMMES SUR LOIRE La Cheneraie	Urologie
	ROGNON	ANGERS, 49, bd du Roi René	Chirurgie Générale
	TADEI	ERIGNE 18, avenue des Marronniers	Méd. Gén et Cardiologie

AGREGES

MM	GOLDEWSKI	PARIS 9° 50, rue de Chateaudun	Neurologie
	TESTARD	ANGERS, 2 place André Leroy	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	ALLAIN	ANGERS 6 avenue Pasteur	Pharmacologie
	AUGEREAU	PARIS 14° 132, bd Montparnasse	Pharmacodynamie
	BREGEON	ANGERS 28, bis rue de Brissac	Rhumatologie
Mme	CAVELLAT	BOUCHEMAINE 8, domaine de la Croisette	Anesthésie-Réanimation
MM	CAVELLAT	BOUCHEMAINE 8, domaine de la Croisette	Anesthésie-Réanimation
	CARON	ANGERS 35, avenue Jeanne d'Arc	Electroradiologie
	COULLAUD	ANGERS 25, rue d'Alsace	Physiologie
	DESNOS	ANGERS 26, rue du Dr Guichard	O.R.L
	EMILE	ANGERS 4, place de Lorraine	Neurologie
	FRESNEAU	ANGERS 38, place Bichon	Médecine Interne
	GIRAULT	ANGERS 41, rue de Belgique	Biochimie Médicale
	GROSIEUX	ANGERS 50, bd du Roi René	Gynécologie-Obstétrique
	HUREZ	AVRILLE 16, esplanade du Val d'Or	Hématologie-Immunologie
	HUYGHES-		
	DESPOINTES	AVRILLE 10, av Jean Lurçat	Biochimie Médicale
	LARGET-PIET	ANGERS 29, rue des Arênes	Pédiatrie Génétique
	LARRA	ANGERS 18, rue de la Fontaine	Histologie
	PILLET	ANGERS 18, rue Létenduère	Anatomie
	PILLOT	ANGERS 307, route de Paris	Bactériologie
	PLANE	ANGERS 39, avenue Jeanne d'Arc	Chirurgie Générale
Mlle	PRELOT	PARIS 12° 11, rue du Docteur Goujon	Physiologie-Zoologie
	QUERO	NEUILLY/SEINE 92 90, av. de Neuilly	Microbiologie
M	RIBERI	ANGERS 6, rue Bigot	Médecine Interne
Mme	SCHNITZLER	ANGERS 2, rue Gay Lussac	Dermatologie Vénéréologie

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFERENCES

MM	MARTIN FRERE	ST MANDE 94 4, av. Herbillon	Chimie Gén. et Minérale
	THUILLIER	NEUILLY/SEINE 92 6, pl. Winston Churchill	Chimie Biologique
	VALTON	LA CELLE ST CLOUD 78 6, allée des Bouvreuils	
		Domaine de St François d'Assise	Médecine Légale
	WARTEL	ESVRES 37 Clinique du Domaine de Vontes	Psychiatrie.

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A toute ma famille

A tous ceux qui m'ont aidé

A tous mes amis

En témoignage de nos liens

A Monsieur le Professeur NAULLEAU
Professeur titulaire de la Chaire
de Clinique Chirurgicale A
Directeur du Centre Paul Papin
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueux hommage.

A Monsieur le Professeur PERREAU

Professeur titulaire de la Chaire

de Clinique Médicale A

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait l'honneur d'être
notre juge.

qu'il soit assuré de notre reconnais-
sance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur SIMARD
Professeur titulaire de la Chaire
d'Anatomie Pathologique
Médecin des Hôpitaux

qui nous a fait l'honneur d'être
notre juge.

qu'il soit assuré de toute notre
gratitude pour ses précieux conseils
et de tout notre respect.

A Monsieur le Professeur CARON
Maître de Conférences Agrégé d'Electro-Radiologie
Médecin des Hôpitaux

A qui nous devons le sujet de cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde reconnais-
sance ainsi que de notre respectueux
attachement.

A Monsieur le Docteur GEORGE

Chirurgien des Hôpitaux

Qu'il trouve ici l'expression de notre
grande reconnaissance pour l'obligeance
qu'il nous a manifestée en nous commu-
niquant ses observations.

A tous nos Maîtres de l'Externat du C. H. U. d' ANGERS

Monsieur le Professeur PERREAU

Monsieur le Professeur DELAITRE

Monsieur le Professeur ROUCHY

Monsieur le Professeur CARON

Monsieur le Professeur FRESSINAUD

Monsieur le Docteur BAYLE

A tous nos Maîtres de l'Internat de l'Hôpital du MANS

Monsieur le Docteur ZAKHAJM

Monsieur le Docteur BARBE

Monsieur le Docteur GUY

Monsieur le Docteur DUPERTOUT

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous rapportons deux observations de léiomyome de l'oesophage, recueillies au Centre Hospitalier et Universitaire d'ANGERS.

Tumeur bénigne développée aux dépens des fibres musculaires lisses, le léiomyome de l'oesophage tient de quelques éléments l'essentiel de son originalité :

- rareté des tumeurs bénignes dans le cadre des affections oesophagiennes,
- caractères radiologiques assez spécifiques à condition d'utiliser judicieusement les ressources du radiodiagnostic moderne ,
- intérêt de l'endoscopie qui révèle l'intégrité de la muqueuse,
- pronostic souvent favorable au prix d'une intervention limitée : l'énucléation simple.

A l'étude de ces deux cas, nous nous efforcerons d'aborder les différents aspects diagnostiques et les problèmes du traitement des myomes de l'oesophage.

Nous envisagerons donc successivement :

- .. L'historique et la fréquence
- .. L'exposé de nos deux observations
- .. Les circonstances étiologiques
- .. La symptomatologie clinique
- .. Les aspects du diagnostic radiologique et endoscopique
- .. Les problèmes du diagnostic différentiel
- .. Nous étudierons enfin, les différents aspects du traitement.

HISTORIQUE des LEIOMYOMES
de l'OESOPHAGE

La première observation d'une tumeur bénigne de l'oesophage est probablement celle de SUSSIUS, décrivant en 1559 une tumeur oesophagienne pédiculée ayant entraîné la mort par étouffement.

En 1763, MONRO tente d'extraire chirurgicalement une tumeur identique précisant, en outre, comme très probable, son origine musculaire.

MAURO JUN, en 1797 et BAILE, en 1799, ont probablement eux aussi décrit des leiomyomes à localisation oesophagienne.

Mais ce n'est qu'en 1867 que furent décrits par VIRCHOW et l'année suivante par EBERTH les premiers critères anatomo-pathologiques permettant d'identifier les tumeurs leiomyomateuses.

En fait, jusqu'en 1933, les rares observations rapportées, 50 environ, ne furent que des découvertes d'autopsies.

C'est en effet, en 1933, que s'ouvre l'ère chirurgicale des léiomyomes oesophagiens avec la première énucléation, réalisée par OSHAWA, d'un leiomyome du tiers inférieur de l'oesophage.

Rares seront les cas rapportés jusqu'en 1950, année où LORTAT-JACOB publiera les 2 premières observations françaises. A cette date, en effet, on ne retrouve d'après GAETINI, que 19 cas opérés publiés.

Depuis lors, le développement et l'essor de la chirurgie thoracique et oesophagienne, le perfectionnement des moyens d'investiga-

tions ont permis la découverte et la publication de nombreux cas.

En 1954, LEWIS et MAXFIELD ne dénombraient que 47 cas opérés avec succès, mais en 1961, GRAY et Coll. en totalisaient déjà 124.

FREQUENCY

Les tumeurs bénignes de l'oesophage sont rares. Elles représenteraient, selon LORTAT-JACOB, 0,4 % de toutes les tumeurs oesophagiennes.

Les statistiques viennent confirmer ce fait.

SCHAFFER et KITTLE ne trouvent en effet que 11 cas de tumeurs bénignes de l'oesophage sur 6 000 autopsies. Et sur les 7459 pratiquées à la MayoClinic , HARRINGTON et MOERSCH n'en dénombrent que 44 dont 32 leiomyomes.

De 1952 à 1966, à la Clinique chirurgicale de l'Institut Médical de LENINGRAD, G.M. ROMANOVA ne découvre que 9 tumeurs bénignes sur 952 néoformations oesophagiennes.

En FRANCE, sur 1 000 cas de pathologie oesophagienne, CHALNOT et GROSDIDIER n'observent que 5 tumeurs bénignes.

Les leiomyomes de l'oesophage représentent la forme la plus fréquente de ces tumeurs bénignes.

CHI et ADAMS, sur une revue de 209 néoformations oesophagiennes bénignes, relèvent 46 léiomyomes. En 1944, MOERSCH et HARRINGTON font état de 7 tumeurs bénignes sur 11 000 dysphagiques, 5 d'entre elles étant des léiomyomes. De 1944 à 1960, à la MayoClinic SCHMIDT, CLAGETT & HARRISON en diagnostiquent 33 cas.

BODEGAIN, CARPATHIOS & NAJIB sur 3000 interventions thoraciques pratiquées pendant 8 années, relèvent 50 carcinomes et 6 léiomyomes.

Sur les 13 460 nécropsies faites par HARRINGTON, on ne retrouve que 11 tumeurs bénignes de l'oesophage dont 9 léiomyomes, 2 tumeurs pédiculées et 1 lipome.

Enfin, en 1954, LEWIS et MAXFIELD colligent 155 cas de leiomyomes sur 279 tumeurs bénignes soit environ 77 %. Cette proportion est admise par la majorité des auteurs.

Mais, si les leiomyomes sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes de l'oesophage, il semble par contre que cette localisation soit rare par rapport au reste du tube digestif.

En effet, sur 513 cas de leiomyomes digestifs, SCHMIDT en relevait 50 sur l'oesophage, 321 sur l'estomac, 109 sur le grêle et 33 sur le colon.

TOTTEN et STOUT corroboraient ces chiffres : sur 975 leiomyomes, 51 étaient oesophagiens, 629 gastriques, 109 se trouvaient sur le grêle et 98 sur le colon.

La localisation oesophagienne des leiomyomes apparaît ainsi comme la plus faible avec une fréquence de 4 % environ.

En 1960, CHALNOT estimait le nombre des observations de leiomyomes oesophagiens publiés à 115, dont 15 françaises.

GAETINI faisant une revue générale de toute la littérature, évaluait ce chiffre, en 1968, à 230.

En 1969 enfin, d'après MOUCHET, CHAVY et DAUSSY, le nombre total des observations françaises publiées s'élevait à 33.

OBSERVATIONS

.....
O B S E R V A T I O N N° 1 : L'histoire de Monsieur L. ... *Edouard*
..... est fort longue.

C'est en 1957 qu'elle commence. Elle durera sept ans.

En Juillet 1957, il consulte son médecin traitant pour des douleurs et des crampes épigastriques à irradiations rétro-sternales, survenant environ 2 à 3 heures après les repas, éprouvant d'autre part, et de façon intermittente, une gêne à la déglutition.

Un transit oesogastroduodénal demandé met en évidence le refoulement de l'oesophage inférieur vers la droite par une importante masse médiastinale à contours bien définis. Les plis muqueux sont mal imprégnés, d'aspect irréguliers. Il existe en outre une image de hernie hiatale par glissement.

Le malade est alors adressé en consultation au Docteur GEORGE, mais un bilan radiologique complémentaire et l'intervention éventuelle sont rejetés par le malade.

Toutefois en Juillet 1961, un nouvel examen radiologique est pratiqué en raison de l'accentuation des troubles fonctionnels digestifs : dysphagie, nausées, gastralgies. On constate une importante déviation à droite et en avant de la portion inférieure de l'oesophage comprimée par une masse médiastinale, le segment oesophagien intéressé paraissant irrégulier, avec dilatation sus-jacente. A ces lésions s'associe une hernie hiatale secondaire, vraisemblablement par traction.

Le 30 Janvier 1964, le malade est adressé à nouveau en consultation au Docteur GEORGE.

Son état de maigreur est extrême, secondaire à une dysphagie permanente importante, empêchant pratiquement toute alimentation. D'autre part, s'y associent de violentes douleurs épigastriques.

Le malade est alors hospitalisé et après quelques jours de réanimation, on pratique le 1er Février un transit oesogastroduodénal.

L'oesophage alors, n'est pratiquement pas rempli. Sa silhouette, au niveau du 1/3 inférieur, est extrêmement irrégulière avec des images de compression extrinsèque.

La masse médiastinale est toujours visible, se superposant à lui et il persiste une image de hernie hiatale par glissement.

Une radiographie du thorax de face montre, en dehors d'une sclérose pulmonaire diffuse, une opacité arrondie homogène à bords nets, située dans l'angle cardiophrénique droit, se projetant à cheval sur le bord droit de la silhouette cardiaque. Cette opacité se situe dans le médiastin postérieur et s'avère correspondre à l'ombre retrouvée sur les clichés digestifs.

Diverses hypothèses sont formulées :

- en raison de l'irrégularité de l'image, un cancer étendu de l'oesophage peut être évoqué, mais la longue durée, sept ans, de l'affection infirme cette hypothèse.
- aussi le diagnostic de tumeur bénigne de l'oesophage de type leiomyome débordant sur l'estomac hernié par un hiatus de grande dimension, paraît être le plus vraisemblable.

C'est avec ce diagnostic que l'on décide d'intervenir afin de réaliser une thoracotomie exploratrice tout en sachant qu'elle n'est pas sans dangers chez un homme de cet âge (77 ans).

Après une réanimation et une préparation de quelques jours le malade est opéré le 11 Février 1964.

Compte-rendu opératoire du Docteur GEORGE.

" Thoracotomie par le 8ème côte droite.

" On reconnaît effectivement une tumeur fusiforme appartenant à l'oesophage thoracique ainsi qu'à la partie supérieure de l'estomac et qui déborde dans le médiastin postérieur par un hiatus de grande dimension. Cette tumeur est facilement isolable. Elle est recouverte sur sa face droite, que l'on peut cliver, par quelques grosses veines situées sous les séreuses pleurales et que l'on peut disséquer sans difficultés.

" Les fibres de la moitié supérieure de l'oesophage thoracique sont strictement normales, mais au pôle supérieur de la tumeur, elles commencent à s'effiler, à s'amincir et à se disperser à sa surface.

" La tumeur est parfaitement mobile. Sa partie toute inférieure dans le hiatus est difficilement explorable.

" On commence donc d'entreprendre l'énucléation en commençant par la face droite et en remontant vers le pôle supérieur.

" Celle-ci s'avère laborieuse car la tumeur est multilobulée et les plans de clivage sont constamment changés, si bien qu'au bout d'un certain temps on se demande où est la lumière oesophagienne. Une sonde est posée dans l'oesophage et on la reconnaît à travers la muqueuse disséquée au pôle supérieur. En fait en poursuivant la tentative d'énucléation, on est amené à faire une effraction accidentelle sur le 1/3 inférieur de l'oesophage. Cette effraction est d'ailleurs rapidement agrandie en poursuivant l'énucléation qui devient extrêmement laborieuse. On est amené, par cette ouverture faite dans l'oesophage à explorer la partie inférieure de la tumeur. On constate qu'elle descend d'une manière circonférencielle sur toute la moitié inférieure de l'oesophage et intéresse le pôle supérieur de l'estomac descendant de 4 à 5 centimètres sous le cardia. La muqueuse gastrique est d'ailleurs parfaitement différenciée de la muqueuse oesophagienne,

" mais il existe de nombreux recessus dont certains ont un aspect ulcé-
" reux encore qu'ils soient recouverts par une muqueuse enfouie au mi-
" lieu de ces cryptes ulcériformes.

" Tout clivage entre la tumeur et la muqueuse gastrique
" est d'ailleurs impossible. Dans ces conditions, on est amené à envi-
" sager l'exérèse de la tumeur comportant la résection de la moitié
" inférieure de l'oesophage thoracique et celle du pôle supérieur de
" l'estomac. Cette résection se fait sans aucune difficulté.

" Par le hiatus, qui est assez large, de 4 à 5 centimè-
" tres de diamètre, on peut ascensionner l'estomac sans trop de diffi-
" cultés, faire l'hémostase de la partie supérieure du petit épiploon,
" le long de la portion verticale de la petite courbure, réséquer le
" pôle supérieur envahi par la tumeur et avoir ainsi une tranche de
" section gastrique qui est fermée par une ligne de suture aux points
" séparés de nylon 00. La partie toute supéro-gauche de cette ligne de
" section est réservée à l'anastomose termino-terminale oesogastrique
" faite en un plan de points séparés de nylon 00. Cette ascension de
" l'estomac s'est faite sans difficulté ; il n'y a eu aucune traction
" et l'anastomose a été réalisée sans problème, derrière le pédicule
" pulmonaire. Reposition de l'oesophage et de l'estomac dans le médias-
" tin. Quelques points d'amarrage à la brèche pleurale. Antibiotiques
" in situ. Un drain intercostal sur la ligne axillaire postérieure ".

PIECE OPÉRATOIRE

Il s'agit d'une volumineuse tumeur bénigne étendue sur
12 ou 13 centimètres sur toute la moitié inférieure de l'oesophage
thoracique et le pôle supérieur de l'estomac. Cette tumeur est multilo-
bée, circonférencielle, s'insinuant entre les fibres musculaires de l'
oesophage et de l'estomac, interdisant tout clivage, surtout dans sa
partie inférieure. La partie supérieure, en effet, avait pu être clivée.
A la partie toute inférieure, d'importants récessus interdisent toute
possibilité de dissection sans effraction. De toutes façons, si l'énu-
cléation avait été réalisable, elle aurait dénudé une telle hauteur de

muqueuse oesophagienne qu'on peut se demander quel eût été le devenir d'une pareille zone de dissection.

" En conclusion, malgré les prévisions, on a été amené à
" faire une résection gastrooesophagienne, non sans risques, chez
" ce vieillard extrêmement dénutri ".

COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Professeur Cl. SIMARD)

" Résection oesogastrique : Leiomyomatose oesophagienne.

" La pièce opératoire remise est constituée d'éléments fragmentés totale-
" ment ininterprétables sous l'angle topographique. Il est simplement
" possible de relever l'existence d'une masse tumorale multilobée faite
" d'un tissu fasciculé, assez dense.

" L'examen histologique, qui a porté sur cinq prélèvements
" montre que les plages lésionnelles sont d'une remarquable uniformité,
" étant constituées d'un entrelac de fibres musculaires lisses parcourues
" par une très abondante vascularisation toujours pourvue de parois pro-
" pres.

" Les leiomyocytes sont extrêmement réguliers, bien diffé-
" renciés et ne comportent aucune atypie cytonucléaire.

" A vrai dire d'ailleurs, l'ensemble de la prolifération
" musculaire évoque beaucoup plus une hyperplasie plus ou moins organoï-
" de qu'une véritable lésion tumorale.

" On peut faire valoir également à ce propos les caractè-
" res topographiques ; en effet, sur les prélèvements qui comportent
" une muqueuse digestive, gastrique ou oesophagienne (muqueuse parfois
" ulcérée, remplacée par un granulome inflammatoire), les nappes myoma-
" teuses lésionnelles s'aperçoivent à leur niveau normal par rapport à
" la muqueuse.

" Au total, il s'agit bien d'une léiomyomatose oesophagien-
" ne . LA bénignité de cette lésion est absolue, et, très certainement,
" l'extension à la paroi gastrique qui a obligé à une intervention assez
" importante, a simplement la signification d'une extension de l'hyper-
" plasie aux plans musculaires régionaux et pas du tout d'une extension
" proprement tumorale " .

SUITES OPERATOIRES

Malgré son âge, le choc opératoire fut bien supporté par le malade, sans complication aucune, et un contrôle radiologique post-opératoire effectué le 4 Mars, montrait un bon passage de la bouillie barytée à travers la bouche d'anastomose.

On ne notait ni fuites, ni fistules, ni signes d'oesophagite. Les radios pulmonaires du 26 Février ne montraient ni épanchement ni opacité, ni accentuation de la trame bronchique. L'état général du malade s'améliorait rapidement et son départ chez lui fut décidé. Malheureusement, dès le lendemain de son retour à domicile, 3 semaines plus tard, une fièvre à 40° apparaissait ainsi que des douleurs thoraciques, évoquant une pleurésie purulente avec médiastinite confirmée par la ponction avant le décès survenu le 27 Mars 1964.

EN CONCLUSION : Il s'agit bien d'un leiomyome du 1/3 inférieur de l'oesophage, à prolongement gastrique, ayant évolué pendant 7 ans et s'étant manifesté :

- Cliniquement , par une dysphagie progressive, lente, aboutissant à une altération de l'état général grave, associée à des douleurs épigastriques à irradiations ascendantes intolérables.
- Radiologiquement, par une déformation du bas oesophage déplacé et comprimé de manière extrinsèque par la tumeur qui le moulait et se présentait comme une opacité du médiastin postéro-inférieur droit.

A ce leiomyome de bas oesophage s'associait par ailleurs, une hernie hiatale de la portion cardiale de l'estomac.

Le volume de la tumeur, son siège sus-cardial et l'importance des adhérences à la muqueuse ont conduit à pratiquer une résection gastro-oesophagienne avec rétablissement de la continuité par anastomose.

OBSERVATION N° 2 : Monsieur S. ... Marcel, âgé de 40 ans,

est adressé dans le service de Médecine Générale et Cardiologie du C.H.U. d'ANGERS pour une dysphagie haute, discrète, apparue depuis quelques mois, n'ayant entraîné jusqu'alors aucun signe de dénutrition et ne s'accompagnant ni de douleurs, ni d'hypersialhorée. L'examen clinique est strictement négatif. Le bilan biologique ne relève aucune anomalie : en particulier, il n'existe pas d'anémie et la vitesse de sédimentation est à 5 - 12.

Un examen radiologique avec transit oesogastroduodénal est aussitôt demandé afin de préciser l'origine de cette dysphagie. Il montre, au niveau du 1/3 moyen de l'oesophage thoracique, une image lacunaire étendue, ovalaire, à grand axe vertical, homogène, à contours nets et lisses, aux plis muqueux conservés, semblant être due à une compression et ne paraissant pas être liée à un processus malin.

La radiographie pulmonaire ne met en évidence qu'une légère augmentation de l'opacité hilare gauche correspondant vraisemblablement à la projection de l'artère pulmonaire.

Afin de préciser la nature de cette compression, un télé-thorax avec opacification barytée de l'oesophage est pratiquée, il montre :

au niveau de l'oesophage, une volumineuse image lacunaire bien limitée qui semble effectivement correspondre à une lésion intrinsèque et non à une compression extrinsèque due à un anévrysme aortique.

Afin d'éliminer une tumeur médiastinale, des tomographies de face et de profil des deux champs pulmonaires étaient pratiquées.

Sur la face, à 12 cm on note que : la légère augmentation de volume du hile gauche semble bien d'origine vasculaire. Il n'existe cependant pas apparemment d'image médiastinale anormale pouvant expliquer une compression extrinsèque.

Quant aux tomographies de profil, elles ne montrent qu'un discret refoulement antérieur de la trachée sans visibilité formelle de masse médiastinale.

Mais dans l'hypothèse d'une tumeur digestive bénigne, cet examen cédait, sans aucun doute, le pas à une étude endoscopique de type œsophagoscopie. Toutefois, pour des motifs de sécurité évidents, il était important d'éliminer une ectasie aortique. C'est pourquoi on décida de pratiquer une angiocardigraphie intraveineuse qui, par l'étude successive des temps droits et gauches, allait renseigner aussi bien sur l'état du système artério-veineux pulmonaire que sur la présence éventuelle d'un anévrysme aortique.

Cette angiocardie intra-veineuse ne met pas en évidence d'images anormales. Au temps droit en particulier, les ramifications de l'artère pulmonaire gauche semblent bien respectées. Au temps gauche, l'oreillette et les veines pulmonaires sont également bien définies.

L'aorte thoracique est normale. Il n'existe aucune image en faveur d'une dilatation anévrysmale. Une endoscopie est donc possible.

Sur les différentes données radiologiques assemblées, il semble qu'on doive s'orienter plutôt vers une origine intrinsèque.

De ce fait un pneumo-médiastin, destiné à préciser la topographie, les contours et l'origine de cette tumeur demeurerait inutile.

L'oesophagoscopie pratiquée par le Docteur DESNOS permet de mettre en évidence l'existence d'une énorme tumeur dont le pôle supérieur est situé à 21 centimètres des arcades dentaires, s'implantant sur la moitié ou sur les 2/3 antérieurs de la circonférence oesophagienne et laissant en arrière une lumière oesophagienne très réduite. Cette tumeur présente les caractéristiques suivantes :

- elle est recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, c'est-à-dire qu'elle est, ou bien d'origine murale oesophagienne et qu'elle se développe sous la muqueuse sans l'envahir ; ou bien qu'elle est d'origine extra-oesophagienne.

L'aspect est beaucoup plus en faveur d'une tumeur murale que d'une tumeur extrinsèque. Il peut s'agir d'un léiomyome.

- elle est animée de battements importants et il semble bien qu'il s'agisse de battements transmis.

On n'a bien entendu pratiqué par voie endoscopique, ni ponction, ni biopsie.

Le malade est adressé pour intervention au Docteur GEORGE avec le diagnostic probable de tumeur intramurale bénigne de l'oesophage thoracique, de type léiomyome ; ce diagnostic découlant de l'ensemble des critères radiologiques et endoscopiques réunis.

L'intervention est donc décidée afin de réaliser l'exérèse de la tumeur par une thoracotomie droite.

Le malade est opéré le 26 Juin 1969 par le Docteur GEORGE.

COMPTE - RENDU OPÉRATOIRE Enucléation d'un léiomyome de l'oesophage

 thoracique.

" Thoracotomie droite par la 6ème côte. La cavité
" pleurale est libre. L'exploration montre qu'il existe au niveau du
" 1/3 supérieur de l'oesophage une tumeur de 6 à 7 centimètres, inclu-
" se dans les parois oesophagiennes. Elle est ferme, bien limitée, ar-
" rondie à ses extrémités, évoquant par sa consistance, un myome.

" La veine azygos se situe transversalement à l'union
" du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur.

" Ligature de la veine azygos.

" L'oesophage est libéré au-dessus de la tumeur, puis
" est chargé sur un lac.

" Une sonde oesophagienne est alors posée pour mettre en
" évidence le trajet de la lumière oesophagienne.

" La tumeur se révèle développée en avant, à gauche et
" en arrière.

" De la main, on imprime une petite rotation à l'oeso-
" phage pour permettre d'aborder la tumeur par la face postérieure
" qui s'avère la plus facile sans qu'il soit nécessaire de dévider '
" l'oesophage de bout en bout sur la face gauche.

" Dissection des fibres longitudinales de l'oesopha-
" ge qui permet d'accéder à une tumeur pseudo-encapsulée mais parfaite-
" ment énucléable.

" Enucléation de ce leiomyome évident de l'oesophage.
" Le respect de la muqueuse est facilement assuré, encore que la
" sous-muqueuse soit parfaitement vue de bout en bout de la dissection
" et que la minceur de cette couche interne soit très grande.

" On énuclée ainsi une tumeur oblongue de 7 cm. de haut
" sur 25 à 30 cm de diamètre, présentant à son extrémité supérieure un
" double petit mamelonnement. La paroi musculaire oesophagienne est re-

" fermée par quelques points de catgut posés sur le périmysium. La
" plèvre est partiellement suturée au-dessus de l'azygos et laissée ou-
" verte en bas pour l'évacuation possible d'un éventuel épanchement.
" Drainage pleural par un drain postérieur et un drain antérieur ".

COMPTE - RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Docteur NASSIF)

=====

" Tumeur leiomyomateuse de l'oesophage.

" Il s'agit d'une formation ovale de 70 x 35 mm de
" diamètre ; elle est entourée d'un tissu conjonctif laminé et est com-
" posée de fibres musculaires lisses disposées en faisceaux dans une
" substance fondamentale fibro-collagène. Il n'y a pas d'atypie nucléo-
" cytoplasmique ".

SUITES OPÉRATOIRES

=====

Les suites opératoires furent des plus simples, malgré un petit épanchement incorrectement drainé au début par les drains obturateurs. Le déplacement du drain postérieur a permis l'évacuation de 300 cc de liquide séro-ambré limpide.

L'alimentation est reprise progressivement sans difficultés.

Le malade rentre chez le 9 Juillet 1969 en bon état général.

Un contrôle radiologique avec transit oesophagien, pratiqué le 18 septembre 1969, ne montre ni sténose, ni accrochage, ni signes d'oesophagite.

EN RESUME : Il s'agit d'un léiomyome du 1/3 moyen de l'oesophage thoracique s'étant manifesté seulement par une dysphagie débutante sans retentissement général.

C'est grâce à la confrontation des données radiologiques et endoscopiques que la diagnostic pré-opératoire put être fait aboutissant à l'ablation de la tumeur par énucléation avec un résultat très satisfaisant.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

La survenue d'un leiomyome oesophagien peut se faire à tout âge.

Si l'observation d'un enfant de 12 ans a été publiée, plus nombreux en fait sont ceux qui se manifestent entre la 2ème et la 7ème décades de la vie.

En effet, sur 17 observations de leiomyomes, JOHNSTON et CLAGETT dénombrent des âges variant de 31 à 58 ans avec un maximum de fréquence entre 30 et 50 ans. De même, CHI et ADAMS, sur 7 leiomyomes trouvent un âge moyen de 45 ans environ.

Cet âge se révèle en effet, pour la plupart des auteurs, comme étant celui où les léiomyomes de l'oesophage se manifestent avec la plus forte incidence.

Les léiomyomes atteignent surtout l'homme. Selon STOREY et ADAMS : 64 % seraient découverts chez les hommes et 36 % chez les femmes, pratiquement toutes les publications confirment ces chiffres dans le rapport établi de deux hommes pour une femme.

Enfin, il semble également que la race ait une influence sur la fréquence de survenue des leiomyomes : GREEN ainsi que LEWIS et MAXFIELD constatent que la lésion est particulièrement rare chez les sujets de race noire.

Par ailleurs, il nous faut noter comme tous les auteurs l'observation curieuse de WACHSMUTH faisant part de la découverte de leiomyomes chez une mère et trois de ses filles. Y-a-t'il un phénomène héréditaire ? Nul ne pourrait l'affirmer.

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

1) RAPPEL HISTOLOGIQUE

La paroi de l'oesophage est constituée de plusieurs tuniques qui sont de dehors en dedans :

- 1) L'adventice
- 2) La musculeuse avec deux couches musculaires ,
circulaire interne, et longitudinale externe,
comportant des fibres striées dans leur quart
supérieur seulement
- 3) La sous-muqueuse
- 4) La muqueuse oesophagienne comprenant :
 - .. un épithélium pavimenteux stratifié non
kératinisé
 - .. un chorion de type dermopapillaire
 - .. la muscularis mucosae.

2) CLASSIFICATION

Après ce bref rappel histologique, il convient au premier chef , de préciser quelle est la place des leiomyomes au sein des tumeurs bénignes de l'oesophage.

Presque tous les auteurs (HARRINGTON, MOERSCH, HYATT, CHALNOT) divisent celles-ci en deux grands groupes selon leur localisation :

- les tumeurs se développant dans la lumière oesophagienne et issues de la muqueuse.
- les tumeurs extra-muqueuses intramurales.

le premier comprend essentiellement : les granulomes pseudo-tumoraux; les papillomes, les adénomes et polypes, ceux-ci pouvant être sessiles ou pédiculés.

au second groupe se rattachent : les kystes intraoesophagiens et les tumeurs issues d'un tissu autre que la muqueuse. Ce sont :

les leiomyomes - les fibromyomes - les neurinomes et les neurofibromes - les lipomes et les fibrolipomes - les angiomes enfin.

Les leiomyomes sont, nous l'avons vu, les plus fréquentes des tumeurs bénignes de l'oesophage.

Ils occupent en même temps une place prépondérante au sein du cadre nosologique des leiomyomatoses oesophagiennes, cadre qui est d'ailleurs mal systématisé.

LORTAT-JACOB oppose en effet, deux formes de leiomyomatoses oesophagiennes :

- celle isolée, circonscrite, à forme tumorale, sans modification du reste de l'oesophage, la plus fréquente.
- celle, à l'inverse, diffuse, caractérisée par la juxtaposition de petits nodules myomateux avec modification d'ensemble de la musculature circulaire de l'oesophage dans un segment plus ou moins étendu de ce dernier. Cette forme diffuse, exceptionnelle, ne correspondant qu'à 2 % des leiomyomatoses oesophagiennes, prendrait deux aspects macroscopiques (GOYER) :
 - . la myomatose diffuse nodulaire de LORTAT-JACOB
 - .. la myomatose diffuse régulière

ces deux formes ne se différenciant histologiquement que dans leur aspect architectural, fait d'amas désordonnés de fibres musculaires dans l'une, et de fibres musculaires hypertrophiées à orientation normale dans l'autre.

Entre ces deux formes isolées ou diffuses, d'autres auteurs : ALE, di BELLO, BOLLACK et WARTER, placent une myomatose à noyaux multiples étagés, mais non diffuse, qui demeure rarissime.

En fait, la quasi-totalité des leiomyomes oesophagiens est à noyau unique.

De siège intramural la plupart du temps, mais parfois développés dans le médiastin, ou à l'inverse pédiculés dans la lumière oesophagienne, leur classification anatomique n'est pas aisée. Pourtant il nous a semblé que la tentative faite par GAETINI, PIAZZA et DEIPOLI en 1967, méritait d'être retenue et ce, avec d'autant plus d'intérêt, que non seulement elle se basait sur l'analyse serrée de 140 cas de leiomyomes oesophagiens triés parmi 230 observations, mais qu'en plus elle permettait d'aboutir à des données anatomo-cliniques précises.

Nous classerons donc avec eux, les leiomyomes oesophagiens en trois types selon leur mode de développement :

- *intra-oesophagien*
- *intramural*
- *extra-oesophagien*

a) TYPE INTRA-OESOPHAGIEN

Le critère commun de ce type de tumeur est de croître à l'intérieur de la lumière, tout en se maintenant en continuité précise avec la musculature lisse oesophagienne. Ces tumeurs sont sessiles ou pédiculées et semblent provenir de la couche musculaire circulaire interne ou bien de la muscularis mucosae, mais rarement de la couche longitudinale externe. Lors de sa croissance, la tumeur vient bomber dans la lumière, et la muqueuse, offrant peu de résistance, se laisse distendre, permettant ainsi d'aboutir à la constitution d'un pédicule, plus ou moins long. Initialement sessile, ayant une large base d'implantation, la tumeur, au fur et à mesure de son développement, va devenir pédiculée, ceci pouvant s'expliquer par la triple action conjuguée :

- .. de son propre poids
- .. de l'effet mécanique du bol alimentaire
- .. du péristaltisme oesophagien.

Ce type de tumeur intraoesophagienne va entraîner évidemment une sténose proportionnelle à sa taille.

Lorsqu'il est pédiculé, le leiomyome est mobile et peut ainsi être perçu par le malade soit comme une simple sensation de corps étranger, soit comme une gêne au passage des aliments, soit même lorsqu'il existe des mouvements de torsion comme des crampes douloureuses rétrosternales. C'est dans cette forme que se rencontrent les rares manifestations hémorragiques provoquées semble-t-il par une ulcération de la muqueuse.

b) TYPE INTRAMURAL :

Ces tumeurs naissent et croissent constamment à l'intérieur de la paroi oesophagienne. C'est dans l'une ou l'autre des deux couches musculaires externe ou interne qu'elles prennent leur origine. Mais elles demeurent intramurales en permanence, se développant dans le sens longitudinal ou transversal, vers la lumière ou en direction du médiastin, pouvant soit réaliser une sténose importante obstruant presque totalement la lumière, soit au contraire simplement épaissir la paroi oesophagienne.

c) TYPE EXTRA-ŒSOPHAGIEN

Ces tumeurs se développent presque exclusivement dans le médiastin postérieur, et sont pratiquement toutes issues de la couche longitudinale externe exceptionnellement de la muscularis mucosae.

Elles se frayent un passage à travers les faiblesses préexistantes de la paroi oesophagienne et viennent saillir dans le médiastin postérieur au dehors de l'oesophage. Là également, la tumeur peut être reliée à l'oesophage par un mince pédicule fibro-musculaire qui peut d'ailleurs se rompre, rendant ainsi celle-ci totalement indépen-

dante de l'oesophage dans le médiastin.

Cette rupture semble d'ailleurs due aussi bien aux mouvements de dilacération provoqués par les contractions oesophagiennes qu'à l'action directe des mouvements trachéobronchiques, rythmés par la respiration. Cette masse leiomyomateuse, totalement détachée de l'oesophage et pouvant ainsi dès lors croître pour son propre compte, vient parfois, de façon extrinsèque, comprimer l'oesophage et si celui-ci a conservé sa souplesse, le refouler et réaliser ainsi cet aspect en "face de lune" si caractéristique.

D'autres fois, la tumeur vient s'enrouler autour de lui en spirale ou en anneau constituant ainsi une sténose extrinsèque typique.

Sur le plan anatomo-clinique, les tumeurs de ce type extra-oesophagien ne se manifestent que lorsqu'elles se trouvent à l'étroit dans l'espace médiastinal, provoquant alors un syndrome de compression des paquets nerveux, vasculaires ou trachéobronchiques du médiastin.

3) HISTOGENESE

Le point de départ de la tumeur en fonction des différentes tuniques musculaires pariétales est controversé et discuté, et reste encore actuellement hypothétique.

Selon BODEGAIN et CARPATHIOS, trois théories peuvent être considérées en ce qui concerne leur origine :

- 1° - Pour les uns, celle-ci se ferait à partir soit des membranes musculaires, soit de la muscularis mucosae.
- 2° - Pour d'autres, ce serait aux dépens de la musculature des vaisseaux oesophagiens.
- 3° - Certains auteurs enfin, par analogie avec les autres processus léiomyomateux du tractus digestif, pensent que ceux-ci pourraient provenir de noyaux ectopiques de tissu musculaire embryonnaire.

Dans l'état actuel des connaissances, aucune de ces théories ne paraît devoir être formellement rejetée, mais aucune ne parvient à faire l'unanimité parmi les auteurs.

4) A S P E C T M A C R O S C O P I Q U E

=====

- Les leiomyomes ont pour siège habituel le tiers inférieur et le tiers moyen de l'oesophage thoracique. D'après JOHNSTON et CLAGETT, 53 % seraient localisés au tiers inférieur, 35 % au tiers moyen et 12 % au tiers supérieur. ALE met l'accent sur l'importance de la localisation à la jonction oesogastrique : selon lui, 13,2 % siègeraient dans cette portion, 45,8 % au tiers inférieur, 33 % au tiers moyen et 6 % au tiers supérieur. La rareté de cette localisation à la portion cervicale et thoracique haute de l'oesophage serait due, selon BODEGAIN et CARPATHOS, au fait que la musculature de la paroi oesophagienne à ce niveau est presque exclusivement constituée de fibres musculaires striées et non de fibres musculaires lisses.
- Les leiomyomes se présentent comme des masses de formes variées, arrondies ou ovalaires, déformées en fer à cheval ou en anneau, bien limitées sans être encapsulées, de surface lisse ou irrégulière, le plus souvent bosselée, parsemée par un lacis irrégulier de tissus fibreux. Leur couleur est blanc grisâtre, leur taille variable allant de quelques millimètres de diamètre jusqu'à 20 centimètres. Les observations historiques ne manquent pas d'ailleurs ; c'est certainement KENNEY qui détient le record pondéral avec une tumeur monstrueuse de 1 kg 420, PERROTIN et de LANGRE présentant une tumeur de 610 g. mesurant 30 centimètres de circonférence et 16 centimètres de hauteur.
- Leur consistance est ferme, élastique; la muqueuse sus-jacente est

presque toujours intègre, parfois siège d'hémorragie ou de nécrose ; il n'existe par ailleurs aucune infiltration de la paroi oesophagienne.

5) EXAMEN HISTOLOGIQUE

La structure histologique des leiomyomes de l'oesophage paraît nettement définie et tout à fait analogue à celle des myomes d'autres localisations, notamment utérine.

- à faible grossissement, la structure fasciculée apparaît comme déjà nettement caractéristique.
- à fort grossissement, les cellules tumorales leiomyomateuses ou leiomyocytes apparaissent fusiformes, allongées, entrelacées, pouvant se croiser dans des plans différents. A la périphérie, elles se mélangent avec les cellules du muscle normal, démontrant ainsi que la tumeur n'est pas limitée par une capsule.

Leur noyau est central, en forme de bâton aux extrémités arrondies, possédant une membrane nucléaire distincte, contenant de fines granulations nucléoplasmiques, un nucléole occasionnel parfois mais pratiquement jamais de figures de mitose.

Le cytoplasme est homogène, acidophile, finement fibrillaire.

Cette structure cellulaire est supportée par un stroma conjonctif de type fibroblastique plus ou moins abondant.

Les vaisseaux n'y sont ni trop abondants, ni anarchiques.

Cette structure habituelle peut être modifiée par la présence d'un œdème interstitiel, ou par des phénomènes de hyalinisation du stroma.

Nécrose et hémorragies enfin peuvent s'y rencontrer ainsi que des calcifications séquellaires (BRENIER et CAINE).

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Les leiomyomes de l'oesophage sont volontiers asymptomatiques. Il n'est d'ailleurs que de constater le nombre impressionnant des découvertes faites au cours d'autopsies ou d'examens systématiques (7 sur les 17 observations de JOHNSTON).

Lorsqu'elle existe, la symptomatologie est variée et polymorphe, ceci s'expliquant d'ailleurs fort bien par les différents types de développements anatomiques déjà vus. On peut ainsi aisément décrire un syndrome de sténose oesophagienne et un syndrome de compression médiastinale, tout en admettant que la réalité n'est pas en fait toujours aussi simple. Ainsi, peut-on décrire en accord avec la majorité des auteurs (CHALNOT, FAIVRE) :

- un *syndrome digestif*
- un *syndrome douloureux*
- un *syndrome de compression médiastinale*

a) Syndrome DIGESTIF

La dysphagie en est le signe capital, mais elle est absente dans environ 50 % des cas selon JOHNSTON et lorsqu'elle existe de façon typique, certains auteurs (HARRINSTON, MOERSCH) craignent alors (à tort semble-t-il puisque nos deux observations l'infirmement) qu'elle ne témoigne d'une dégénérescence maligne. Quoiqu'il en soit, cette dysphagie est intermittente, ne possédant pas ce caractère fréquent de progressivité implacable et de permanence des carcinomes oesophagiens ; elle est capricieuse, existant tantôt pour les solides, tantôt pour les liquides, parfois seulement pour certains types d'aliments : sucrés, froids ou acides.

Il est rare que d'autres manifestations digestives n'y soient pas associées. C'est ainsi que l'on peut observer : hypersialhorée, nausées, vomissements, régurgitations, pyrosis ; tous signes pouvant être isolés ou groupés.

Lorsqu'elle devient importante, cette dysphagie, par la dénutrition qu'elle provoque, peut entraîner un amaigrissement qui reste en fait le plus souvent discret.

b) Syndrome DOULOUREUX

De siège rétrosternal ou épigastrique, irradiant vers le cou, le dos et les épaules, à type de simple ballonnement ou de pesanteur ; mais parfois de crampes ou de brûlures, la douleur fait rarement défaut lors des manifestations cliniques du leiomyome. Elle peut être permanente, ou n'apparaître que par crises. Elle est souvent aggravée par la prise d'aliments ou par le décubitus.

c) Syndrome de COMPRESSION MEDIASTINALE

A composantes respiratoires le plus souvent, plus dû, semble-t-il à une irritation trachéo-bronchique qu'à une compression vraie, il se manifeste surtout par une toux et une dyspnée rebelle, réalisant parfois un véritable wheezing. Il s'agit de crises d'asthme à répétition, d'accès de cyanose, et dans les cas de compression marquée, d'infection pulmonaire à répétition, d'atélectasie, voire même d'hémoptysies . Un syndrome cave supérieur a même été publié (CHALNOT). Les palpitations et troubles du rythme cardiaque ont pu être également décrits.

Ces trois syndromes peuvent s'intriquer et s'associer différemment, mais leur existence est rare au regard des formes latentes, ce qui explique que la longue durée de l'évolution est un des cri-

tères cliniques principal des leiomyomes de l'oesophage.

De rares complications peuvent surgir, révélant d'ailleurs parfois l'affection.

- l'hémorragie digestive (hématémèse et méléna) est retrouvée dans cinq observations (KENNEY-FLAVELL-PERROTIN-GOYER). Elle fait parfois porter à tort le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal.
- Ulcération et nécrose ont été également rapportées.
- Plus fréquente heureusement (SCHAFER, KITTLE, GUKASYAN) est l'association avec une hernie hiatale, celle-ci semblant due à la traction mécanique exercée sur le cardia par la tumeur.

En fait le problème majeur de l'évolution n'est pas tant celui de la dégénérescence que celui de l'incertitude du diagnostic avant l'intervention, ceci en raison :

- d'une part de l'éventualité rarissime mais toujours possible d'un leiomyosarcome oesophagien
- d'autre part, et surtout : de la plus grande fréquence des carcinomes oesophagiens, pédiculés, pseudopolypoïdes, souvent à cellules fusiformes. Ce problème est d'ailleurs souvent résolu, ou "approché" par la biopsie.

Quant au problème de la dégénérescence maligne sarcomateuse d'un myome, on peut se demander s'il existe réellement.

Il est difficile de le récuser formellement en théorie, mais il faut souligner qu'en pratique, il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des leiomyomes de l'oesophage repose essentiellement sur les données de l'étude radiologique et de l'exploration endoscopique.

1 - ETUDE RADIOLOGIQUE des LEIOMYOMES de l' OESOPHAGE

=====

L'aspect radiologique de la tumeur dépend, comme pour la clinique, de sa forme anatomique. Et selon qu'elle se développe dans la paroi oesophagienne ou en dehors, son exploration impose le choix de techniques appropriées.

A) TECHNIQUES

- La plus importante, la plus classique reste sans aucun doute l'opacification barytée de l'oesophage. Bien conduite, elle permet à elle seule de formuler un diagnostic précis, aussi bien d'un trouble fonctionnel que d'une lésion organique, intrinsèque ou extrinsèque (BROMBARD). Encore faut-il utiliser toutes les possibilités techniques :
 - . examen sous amplificateur de brillance, avec radioscopie télévisée, sous incidences multiples,
 - . dosage judicieux de la solution barytée, afin de réaliser une adhérence correcte à la muqueuse.
 - . examen en réplétion, en couche mince et en double contraste.
- étude dynamique de la traversée oesophagienne par l'utilisation du radio-cinéma et du magnétoscope, pour l'oesophage cervical en particulier.
- . choix de l'incidence et de la phase péristaltique les plus favorables à la démonstration radiographique de la lésion.

Mais l'exploration barytée de l'oesophage si utile et si riche soit-elle, ne suffit pas toujours :

... soit que l'origine intrinsèque de la sténose soit impossible à mettre en évidence,

... soit que la tumeur leiomyomateuse se présente sous l'aspect d'une tumeur médiastinale ou juxtacardiale.

C'est précisément dans ces cas difficiles que les autres techniques complémentaires prennent leur importance.

- La téléradiographie du thorax avec opacification barytée de l'oesophage de face, de profil, en OAD, et OAG, les tomographies de face, de profil voire axiale transverse ne sont pas toujours suffisantes pour éliminer formellement une compression extrinsèque due à un anévrysme aortique que l'angiocardigraphie intraveineuse au temps gauche permet d'opacifier.
- L'emploi d'un contraste gazeux négatif peut être utile dans ces aspects trompeurs de tumeurs médiastinales : soit le pneumomédiastin (DELANNOY et SOOTS), soit le pneumopéritoine dans le cas particulier d'une tumeur de l'oesophage abdominal (RESANO).

B) RESULTATS

- L'aspect radiologique du leiomyome oesophagien dépend, nous l'avons vu, de sa forme anatomique c'est-à-dire de son type intramural, extramural ou intracesophagien.

- 1/ TYPE INTRAMURAL

C'est la forme la plus fréquente, la plus caractéristique radiologiquement, et que le transit baryté met en évidence à lui seul dans la plupart des cas.

La tumeur leiomyomateuse se présente alors comme un défaut de remplissage, nettement limité, segmentaire, régulier, ovoïde, en demi-lune ou en croissant, formant un angle abrupt à l'union de la tumeur et de l'oesophage normal, recouvert par une muqueuse souple d'aspect sain à l'étude en couche mince. Il existe une dilatation quasi-constante de l'oesophage sus-jacent.

LORTAT-JACOB y note en outre une image arborescente due au remplissage par la baryte des sillons interlobulaires à la surface de la tumeur.

Parfois, au cours de sa progression, la colonne barytée se fragmente au contact de la masse tumorale, réalisant un aspect caractéristique "en dos de fourchette".

SCHATZKI et HAWES ont parfaitement décrit les différents critères diagnostiques :

- ... les plis muqueux sont visibles, souples et normaux.
- . il existe à l'union de l'oesophage normal et des pôles inférieurs et supérieurs de la tumeur, deux éperons barytés caractéristiques.
- ... le défaut de remplissage a des contours nettement délimités.
- . la masse est mobile avec les mouvements de la déglutition et de la respiration.
- ... l'oesophage n'est pas rigide, pouvant être rétréci dans un plan mais alors élargi dans le diamètre opposé.

En somme, avec CHALNOT, on retiendra la triade radiologique typique des tumeurs bénignes de l'oesophage :

- déformation de la lumière
- souplesse de la paroi
- absence d'amputation des plis muqueux.

Il convient de noter par ailleurs que les leiomyomes de l'oesophage abdominal sont parfois difficiles à distinguer d'une tumeur de la grosse tubérosité gastrique et que, dans ce cas, pour RESANO, le pneumo-péritoine, associé à des coupes tomographiques s'est révélé décisif pour démontrer l'exacte topographie de la tumeur et pour suggérer par les caractéristiques de l'image à contours lisses, doucement ondulées, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

- 2/ TYPE EXTRA-MURAL

Se développant dans le médiastin, venant quelquefois comprimer l'oesophage et donnant alors les signes, déjà vus, à l'opacification barytée, ces formes se présentent en fait comme des tumeurs du médiastin. Visible spontanément sur les clichés thoraciques, la masse leiomyomateuse se présente alors comme une opacité homogène, parfois calcifiée (BRENIER & CAINE), de densité moyenne, à contours nets, arrondie, de siège paramédian-postérieur, de dimension et de niveau variables, réalisant une ombre médiastinale anormale. Il est possible par ailleurs d'observer des troubles de ventilation à type d'atelectasie par compression tumorale des grosses bronches. C'est dans ces cas particuliers que les différentes techniques prennent toutes leur valeur.

L'ectasie aortique éliminée par l'angiocardigraphie intra-veineuse et les opacités pulmonaires par les différentes tomographiques, le pneumomédiastin, s'il persiste un doute, permet d'éliminer les fausses images de tumeur bénigne par compression extrinsèque car il montre l'inclusion parfaite de la tumeur dans la paroi oesophagienne et le décollement gazeux la séparant des structures gazeuses du médiastin (DELANNOY et SOOLTS).

- 3/ TYPE INTRAOESOPHAGIEN

De type polypoïde, sessile ou pédiculé, le leiomyome se manifeste alors comme un défaut de remplissage, arrondi ou ovalaire,

au sein de la colonne de baryte et dont on apprécie le siège et le volume. L'examen en incidence de Trédelenburg permet en outre de juger de la mobilité tumorale, de sa base d'implantation ou du développement de son pédicule, éléments préopératoires importants.

II - ETUDE ENDOSCOPIQUE des LEIOMYOMES de l' OESOPHAGE

L'aspect radiologique des leiomyomes n'est pas toujours aussi typique et dans certains cas, une sténose marquée, une certaine rigidité, un aspect marécageux avec amputation des plis muqueux, font porter à tort le diagnostic de malignité.

L'oesophagoscopie, en montrant l'intégrité de la muqueuse se révèle être dans ces cas, le complément précieux et indispensable de l'enquête radiologique.

L'utilisation du fibroscope a considérablement diminué les risques endoscopiques, la bouche oesophagienne pouvant être franchie avec beaucoup plus de facilité.

L'oesophagoscopie a ses limites .

Elle est généralement négative dans les leiomyomes à développement extramuraux. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe des signes de compression extrinsèque. Par contre, dans ses formes intraoesophagiennes, la tumeur sera directement vue, son siège confirmé, son origine parfois élucidée, le pédicule - s'il existe - en permettant parfois l'exérès-

C'est en fait dans les formes leiomyomateuses intramurales qu'elle trouve son intérêt pour venir confirmer l'origine oesophagienne et la nature bénigne d'une sténose radiologique.

LEWIS & MAXFIELD, MOERSCH & HARRINGTON ont parfaitement décrit les aspects endoscopiques caractéristiques des leiomyomes de l'oesophage :

- a) la muqueuse est presque toujours normale et intacte, mais selon LORTAT -JACOB, des signes d'oesophagite peuvent être parfois observés.
- b) la tumeur bombe plus ou moins dans la lumière oesophagienne qui est déformée en croissant.
- c) le rétrécissement observé n'empêche pratiquement jamais son franchissement facile par l'instrument, témoignant ainsi de la souplesse de la muqueuse.
- d) la dilatation sus-stricturale est parfaitement examinée, confondue parfois avec un cardiospasme.

Le problème qui se pose alors à l'endoscopiste est celui de la biopsie.

Faut-il ou non biopser ? ...

Oui, sans aucun doute dans les formes polypoïdes, mobiles dans la lumière.

Dans tous les autres cas, la biopsie reste formellement contre-indiquée (BODEGAIN, MOERSCH) car non seulement elle peut ouvrir la voie à une fistule oesophago-pleurale ou à un abcès sous-muqueux, (GILFILLAN), mais en outre, elle interdit pratiquement, par l'effraction muqueuse qu'elle provoque, toute énucléation postérieure au cours de l'intervention.

EN FAIT, confirmer ou infirmer sa nature bénigne,
préciser son origine oesophagienne
et éliminer un carcinome

tels sont les renseignements que peut apporter l'oesophagoscopie dans l'étude du leiomyome de l'oesophage.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

En l'absence de biopsie et donc de preuves histologiques formelles, les études cliniques, radiologiques et endoscopiques autorisent seulement, en matière de leiomyome de l'oesophage, à formuler un diagnostic de probabilité, celui-ci se posant d'ailleurs différemment selon que la tumeur se développe dans l'oesophage (à l'intérieur de sa paroi ou dans sa lumière) ou au contraire dans le médiastin.

Pratiquement, l'essentiel est d'arriver à démontrer l'appartenance oesophagienne de la tumeur, puis à en rechercher les critères de bénignité. Cela mène donc, soit à éliminer un néoplasme (épithélioma ou sarcome) et les autres affections oesophagiennes, soit à discuter les opacités du médiastin.

Dans les formes intraoesophagiennes et intramurales, les plus fréquentes, l'essentiel est d'éliminer le cancer (épithélioma ou sarcome).

Cliniquement, la longue évolution de la dysphagie, son caractère capricieux et non progressif, s'opposent à la symptomatologie tumorale maligne.

Tel n'est pas toujours le cas radiologiquement où des images de plis muqueux anarchiques, parfois amputés, un certain manque de souplesse, font craindre à juste titre, la malignité. Rares pourtant, sont ces cas, par rapport aux aspects lacunaires semi-lunaires à contours lisses typiques.

C'est finalement l'oesophagoscopie qui rassure dans ces cas douteux en montrant le respect de la muqueuse, non envahie par le

processus tumoral, mais cette assurance endoscopique se voit en fait tempérée par l'existence toujours possible d'un carcinome in situ ou pseudo-polypoïde pédiculé dans la lumière.

C'est dire qu'en réalité avant l'intervention, il n'est pas possible d'éliminer formellement le cancer mais seulement d'admettre sa réalité comme très peu probable.

Le cancer rejeté, on tentera d'éliminer ensuite les autres affections oesophagiennes, à savoir :

- les sténoses peptiques, cicatricielles, tuberculeuses, sclérodermiques ou hématologiques.
- le mégacœsophage avec son aspect caractéristique en "chaussette" dont la cause la plus fréquente est le cardiospasmus ou achalasie que l'œsophagoscopie ne permet pas toujours de différencier de la sténose tumorale bénigne.
- les diverticules oesophagiens.
- les hernies diaphragmatiques
- les autres tumeurs bénignes enfin :
 - .. polypes pour les tumeurs intraluminales,
 - .. kystes, lipomes, fibromyomes et neurofibromes développés dans la paroi.

Dans les formes extramurales, le diagnostic des opacités médiastinales (du médiastin moyen et postérieur dans ses étages moyens et inférieurs en particulier) est essentiellement radiologique moyennant l'appui de l'endoscopie.

On élimine donc ainsi :

- ... un anevrysme de la crosse de l'aorte ou de l'artère sous-clavière gauche par les méthodes angiographiques qui permettront également d'éliminer une malformation vasculaire en particulier " la dysphagie à luscra".
- ... un carcinome bronchique par les examens tomographiques et bronchoscopiques.
- ... un kyste bronchogénique.
- ... une tumeur thyroïdienne ou parathyroïdienne rétrosternale.
- ... les tumeurs ganglionnaires quelle que soit leur étiologie.

AU TOTAL : le diagnostic de léiomyome de l'oesophage se pose sur :

- 1° - des signes en faveur de la bénignité de la lésion,
 - . la longueur de l'évolution
 - . la bonne conservation de l'état général avec discret amaigrissement
 - . l'aspect lacunaire radiologique typique avec défaut de remplissage en croissant à contours nets et lisses présentant deux éperons barytés aux pôles supérieurs et inférieurs de la tumeur.
 - . l'intégrité de la muqueuse à l'oesophagoscopie.
- 2° - un argument de fréquence dans le cadre des tumeurs bénignes.

Selon STOREY et ADAMS , le diagnostic préopératoire serait fait dans 65 % des cas, mais seulement dans 33 % des cas pour LEWIS et MAXFIELD. GOYER, par contre, sur 11 cas, a pu le poser 8 fois.

TRAITEMENT

Il est essentiellement chirurgical, ne présentant pas d'ailleurs de difficultés particulières, les méthodes prêtant peu à discussion ; car même s'il faut parfois utiliser les techniques de la chirurgie du cancer pour réaliser d'importantes résections, le terrain est en général bien meilleur, les résultats constamment favorables et la récurrence inexistante (RICHARD).

Néanmoins, les différents types de développement de ces tumeurs et leur volume obligent à considérer leur traitement selon les difficultés présentées.

- 1/ Tumeurs pédiculées dans la lumière

L'élimination spontanée peut se voir exceptionnellement pour certaines tumeurs dont le pédicule s'est nécrosé.

Dans certains cas, la tumeur peut être enlevée par voie endoscopique, mais le risque de plaie ou de fissuration et les conséquences dramatiques qu'il peut en découler, rendent plus sûr et par conséquent plus impératif, le choix de l'ablation chirurgicale par oesophagotomie suivie de suture.

Les tumeurs du 1/3 inférieur sont éventuellement justifiables de la voie abdominale.

- 2/ Tumeurs intramurales et extramurales

Nous étudierons successivement les *techniques*, les *indications* et les *résultats*.

A/ Les TECHNIQUES

Le traitement en est exclusivement chirurgical et trois types d'interventions sont possibles :

- *l'énucléation simple*
- *l'énucléo-résection*
- *la résection oesophagienne*

... a) *l'énucléation simple* est la technique de choix, réalisable dans la plupart des cas où la muqueuse est respectée, ce qui est la règle. La tumeur est alors facilement clivable après incision longitudinale de la musculature externe qui sera refermée ensuite.

D'après GOYER, il n'y aurait aucun inconvénient à laisser la muqueuse libre, lorsqu'en raison d'une adhérence de la tumeur à la couche musculaire, on a été obligé de réséquer celle-ci.

... b) *l'énucléo-résection* s'impose lorsque l'implantation de la muqueuse entraîne l'ablation d'une collerette de muqueuse. Il est alors préférable de refermer celle-ci transversalement afin d'éviter une sténose oesophagienne ultérieure et si possible de refaire le plan musculaire longitudinalement (DEGRE).

... c) *la résection*, emportant une partie de l'oesophage, est rarement indiquée, sauf dans les cas de tumeurs volumineuses ou adhérentes qui, même si elles sont clivables, risquent de dévitaliser la muqueuse sur une trop grande longueur. Elle est également indiquée par la majorité des auteurs pour les leiomyomes de l'oesophage abdominal, en particulier de la portion sus-cardiale. Il faut le plus souvent réséquer toute la portion oesophagienne sous-jacente et rétablir la continuité par une anastomose oesogastrique, parfois une oesophagoplastie. Il est

impératif alors :

- de respecter les pneumogastriques (GOYER)
- de faire une reposition de l'angle de His et une réfection de l'orifice hiatal chaque fois que le siège bas de la tumeur aura compromis les différents éléments de continence du cardia.

Exceptionnellement, une résection limitée pourra être suivie d'une anastomose œsophago-œsophagienne .

Le choix de la technique : énucléation ou résection dépend donc :

- . de la taille du léiomyome
- . de l'importance des adhérences à la muqueuse de sa situation.

B) Les INDICATIONS

Toute tumeur bénigne de l'œsophage doit être en principe opérée lorsqu'elle a présenté une symptomatologie clinique. L'absence de contrôle histologique, la croissance de la tumeur, ses complications hémorragiques ou compressives, donnent à penser qu'il faut mieux opérer à minima, en tout début d'évolution, même si celle-ci est bénigne.

La choix de la voie d'abord dépend du siège de la tumeur :

- cervicotomie dans les cas exceptionnels de léiomyome de l'œsophage supérieur.
- laparotomie dans les léiomyomes de l'œsophage abdominal.

Dans tous les autres cas : thoracotomie avec :

- . abord thoracique droit dans les tumeurs du 1/3 supérieur
- . abord thoracique gauche pour les tumeurs du 1/3 inférieur.

C/ Les RESULTATS

La chirurgie du léiomyome de l'oesophage se doit d'être bénigne dans ses actes et excellente dans ses résultats. Cette règle semble respectée.

POSTLETHWAITE sur une série de 123 cas avait relevé :

105 énucléations dont 4 morts soit .. 3,8 %

19 résections dont 3 morts soit .. 15,8 %

Dans l'étiologie de ces décès, on notait : une médiastinite,
un choc anesthésique
un oedème aigu du poumon
plusieurs lâchages de sutures
et une pneumonie.

Sur 11 malades opérés par LORTAT-JACOB (10 énucléations et une résection), il n'y eut aucun décès.

GALEY en 1957 aboutissait à des chiffres de mortalité un peu plus faibles que ceux de POSTLETHWAITE :

2 % pour l'énucléation
et 13 % pour la résection.

CONCLUSION

Les leiomyomes de l'oesophage sont relativement rares.

- Ils présentent un ensemble de critères diagnostiques communs :

- 1/ Tumeur du 1/3 inférieur de l'oesophage plus fréquente chez l'homme et à l'âge moyen de la vie.
 - 2/ Symptomatologie clinique polymorphe dominée par la dysphagie
 - 3/ Evolution de longue durée sans grande altération de l'état général et dont les rares complications sont dues pour la plupart à des troubles de compression.
 - 4/ Aspect radiologique caractéristique avec défaut de remplissage, éperons barytés, dilatation sus-jacente et conservation de la souplesse des plis.
 - 5/ Etude endoscopique importante confirmant l'intégrité de la muqueuse.
- Le traitement en est parfaitement codifié, l'énucléation chirurgicale restant le procédé de choix.
- Le pronostic est excellent dans presque tous les cas à condition que le diagnostic soit fait suffisamment tôt.
- Il ne faut pas oublier enfin, que ces tumeurs demeurent le plus souvent latentes, découvertes seulement au cours d'examens systématiques, d'interventions ou d'autopsies.

BIBLIOGRAPHIE

ALBOT (G) et POILEUX (F) :

L'oesophage.

... Actualités gastro-hépatc-entérologiques Paris 1957
Masson.

ALE (G) :

Il leiomioma dell' esofago. Studio radiologico e presentazione di 6 casi.

... Minerva Radiologica , 1967 , 12 , 73-83

ATRA (E) :

Leiomioma do esôfago : considêrações em torno de um caso.

... Revista Paulista de medicina 1967 , 71 , 19-22.

BIASINI (A)

Su di un caso di fibroleiomioma dell' esafago ipobronchiale in trasformazione maligna.

... Pathologica , 1949 , 41 , 260

BIGGER , WILLIAM et VINSON :

Leiomyoma of the esophagus

... Virginia m. Montly 1950 , 77 , 290

BODEGAIN (W) , CARPATHIOS (JJ) , NAJIB (A) :

Leiomyoma of the esophagus

... Disease of the chest. 1963 , 44 , 391-399.

BOLLACK (C) , WARTER (P) , LANG (G) :

A propos d'une observation de léiomyomes multiples de l'oesophage thoracique.

... Arch. Mal. app. dig. 1960 , 49 , 1624-1631.

BOYD (D.P) , HILL (L.D.) :

Benign tumors of the esophagus.

... Ann. Surg. 1954 , 139 , 312-323

BROMBART (M) , HUIS (L) :

Tumeurs bénignes de l'oesophage.

... Actualités gastro-hépto-entérologiques Paris 1966
n° 2 Masson

BRENIER (J.L.) , CAINE (J.C.) :

Leiomyome calcifié de l'oesophage - Enucléation - guérison

... Mém. Acad. Chir. 1954 , 80 , 163-168.

BRUCE (A.W.) , STALKER (A.L.) :

Smooth Muscle tumours of the alimentary tract.

... Brit J. of Surg. 1959 , 46 , 629-633.

BUCHTER (L) , HUTH (J) :

Leiomyoma des Osophages.

... Beiträge zur Klinischer Chirurgie. 1959 , 199 , 385-395

CAMISHION (R.C.) , GIBBON (J.A.) , TEMPLETON (J.Y.) :
Leiomyosarcoma of the esophagus : review of literature
and report of two cases.
... Ann. Surg. 1961 , 153 , 951-956

CABON (P) :
Tumeur bénigne du tiers inférieur de l'oesophage.
... Ann. de Radiologie 1960 , 12 , 109-110

CHALNOT (P) , FAIVRE (G) , LOCHARD , HAHN :
Les léiomyomes de l'oesophage et leur traitement par
énucléation.
... Presse Médicale , 1951 , 59 , 224-226

CHALNOT (P) , GROSDIDIER (J) :
Les tumeurs bénignes de l'oesophage.
... Rev. du Prat. 1960 , 10 , 1045-1048.

CHI (P) , ADAMS (W) :
Benign tumors of the esophagus.
... Arch. of Surg. 1950 , 60 , 92-101

DANIEL (R.A.) , WILLIAMS (R.B.) :
Leiomyoma of the esophagus.
... J. Thor. Surg. 1950 , 19 , 800-805.

DEGRE (A.A.) :
Contribution à l'étude des léiomyomes de l'oesophage.
... Thèse med. , Tours , 1966 n° 20

DELANNOY (E) , SOOTS (G) :
Leiomyome de l'oesophage.
... Mem. Acad. Chir. 1957 , 83 , 569-573

DI BELLO (B) , MARIOT (A) , SAULI (M) :

Il leiomioma dell' esofago.

... Il Friula Medico , 1964 , 19 , 1345-1362

DI MATTEO (G) :

Resezione esofagocardiogastrica per leiomioma gigante.

... Arch. Ital. Chir. 1955 , 79 , 352-370.

DONATELLI (R) , TESLER (U.F.) , MOMBELLONI (G) :

Intramural leiomyomata of the esophagus.

... Scand. J. Thor. Cardiovascular Surg. 1968 , 2 , 24-32

ENGELMAN (R.M.) , SCIALLA (A.V.) :

Carcinoma of the Esophagus presenting radiologically as a benign léSION.

... Dis. of the Chest. 1968 , 53 , 652-658

EVANS (R.W.) :

Leiomyomatous tumours of the alimentary canal. Histological appearances of tumours.

... Edinburgh , London , 1956 , 21-26 , ES. Livingstone LTD.

FINBY (N) , BEGG (G) :

Esophageal leiomyomata simulating aortic aneurysm.

... New-York , State J. of Med. 1967 , march 15 , 819-822

FLAVELL (G) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Brit J. Surg. 1953 , 41 , 238

GAETINI (A) , PIAZZA (L) , DEI POLI (M) :

Due casi di leiomioma dell' esofago.

... Minerva chirurgica 1963 , 23 , 753-763.

GAETINI (A) , PIAZZA (L) , DEI POLI (M) :

Il leiomioma dell' esofago. Analisi bibliografica e classificazione.

... Archivio per le scienze mediche 1967 , 124 , 523-537.

GALEY (J) :

Leiomyome de l'oesophage.

... Mem. Acad. Chir. 1957 , 83 , 254-257.

GILFILLAN (R) :

Esophageal leiomyoma.

... Canad. J. of Surg. 1966 , 9 , 173-176.

GLANVILLE (J.N.) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Clinical Radiology 1965 , 16 , 187.

GLENNIE (J.S.) , MOGHISSI (K) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Brit. Med. J. 1958 , Aug. 23 , 484-487.

GOLDMAN (A) , MASTERS (H) :

Leiomyoma of the esophagus.

Arch. of Surg. 1950 , 60 , 559-579.

GOYER (B.A.) :

Myomes et Myomatose diffuse de l'oesophage.

... Thèse Med. , Paris 1966 , 500 .

GREEN (A.E.) , BROGDON (B.G.) , CROW (N.E.) , SWEARINGEN (A.G.) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Amer. J. of Roentgenology 1959 , 82 , 1058-1062.

GRIFF (L.C.) , COOPER (J) :

Leiomyoma of the esophagus presenting as a mediastinal mass.
... Amer. J. of Roentgenology 1967 , 101 , 472-481.

GUKASYAN (A.A.) , ARABLINSKY (V.M.) :

Diagnostic radiologique des tumeurs bénignes de l'oesophage.
... Chirurgia , 1968 , 20-24.

HÄMMERLEIN (M) , ROMANINK (P.A.) , THOMAS (G) :

Zur Kenntnis ungewöhnlicher gutartiger und bösartiger.
Speiseröhrenprozesse im Röntgenbild.
... Zsche ärztl , Fortbild , 1968 , 62 , Jg , Hg.

HARPER (R.A.K.) , TISCENCO (E) :

Benign tumor of the esophagus and its differential diagnosis.
... Brit. J. Radiol. 1945 , 18 , 99-101.

HARRINGTON (S.W.) , MOERSCH (H) :

Surgical treatment and clinical manifestation of benign
tumors of the esophagus with report of seven cases.
.. J. of Thoracic. Surg. 1944 , 13 , 394-414.

HELENON (C) , DUHAMEL (J) , LECAMUS-CASTELLI (F) , PHILIPPE (L) ,
REMY (L) , BROCARD (H) :

A propos des tumeurs bénignes conjonctives de l'oesophage.
... Arch. Mal. App. Dig. 1965 , 54 , 533.

HILLEMAND (P) :

Tumeurs bénignes de l'oesophage.
... Collection Medico-chirurgicale Flammarion. Maladies de
l'estomac, de l'oesophage et du duodénum , 1962 , 61-62.

HYATT (I) , KRAVITZ (S.C.) :

A bening tumor of the esophagus in an elderly female. Case report.
... Gastroenterology , 1959 , 37 , 774-778.

JOHNSTON (J.B.) , CLAGETT (O.T.) , MC DONALD (J.R.) :

Smooth-muscle tumors of the esophagus.

... Thorax , 1953 , 8 , 251-265.

JUNG (A) :

Tumeurs bénignes de l'oesophage : une observation de léiomyome.

... Mem. Acad. Chir. 1950 , 76 , 546-552.

KENNEY (L.J.) :

Giant intramural leiomyoma of the esophagus.

... J.of Thoracic Surg. 1953 , 26 , 93-100.

KRONBERGER (L) , HANSEFFER (K) :

Zur Kenntnis der leiomyomes des Oesophagus.

... Zbl. Chir. 1966 , 86 , 1258-1262

ALLEMANT (Y) :

Tumeurs bénignes de l'oesophage.

... Actualités Hépato-gastro-entérologiques Paris 1966 ,
n° 2. L'Expansion Scientifique française.

LEWIS (B) , MAXFIELD (R.G.) :

Collective review : leiomyoma of the esophagus. Case report
et review of littérature.

... Surg. Gynec. Obst. 1954 , 99 , 105-128.

LIPSCHULTZ (B.M.) , FISCHER (S) :

Leiomyosarcoma of the esophagus.

... Gastroenterology , 1954 , 27 , 661-666.

LORTAT-JACOB (J.L.) :

Deux léiomyomes de l'oesophage.

... Semaine des Hop. de Paris . 1949 , 40 , 1709-1713.

LORTAT-JACOB (J.L.) :

Myomatose localisée et myomatose diffuse de l'oesophage.
... Arch. Mal. App. Dig. 1950 , 39 , 519-524.

LORTAT-JACOB (J.L.) :

Chirurgie de l'oesophage.
... Paris 1951 , 389-393 , Flammarion Ed.

LORTAT-JACOB (J.L.) :

Chirurgie de l'oesophage.
... Rev. du Prat. 1953 , 3 , 1049-1055.

MACLEAN (C.D.T.) :

Radiological diagnosis of esophageal tumours. Neoplastic disease at various sites. Tumours of the esophagus.
... Edinburgh , London , 1961 , 4 , 180-211 . Livingstone, LTD.

MADDEN (W.C.) , OLMSTEAD (E.G.) :

Leiomyoma of the esophagus (one case with resection and recovery).
... Ohio m. J. 1950 , 46 , 974-979.

MALINSKY (L) , SILINKOVA-MALKOVA (E) :

Leiomyoma of the gullet.
... Rozhe Chir. 1966 , 45 , 305-309.

MARUELLE (R) , ETIENNE (A) :

Deux observations de tumeurs bénignes de l'oesophage thoracique supérieur.
... Ann. Chir. Thor. Car. 1967 , 6 , 349-355.

MILROY (A) :

The origins of leiomyoma.
... The Brit. J. of Surg. 1968 , 55 , 9-14

MOERSCH (H.J.) , HARRINGTON (S.W.) :

Benign tumors of the esophagus.

... Annals of otology , rhinology , laryngology , 1944 ,
53 , 800-817.

MOORE (A.B.) :

Benign tumors of the stomach from the roentgenologie point
of view.

... J. of Amer. Med. Association 1927 , Jul 30 , 368-370.

MOUCHET (A) , CHAVY (A) , DAUSSY (M) :

Leiomyomes de l'oesophage.

... Arch. Mal. App. Dig. 1969 , 58 , 541-553.

MOUNIER-KUHN (P) , GAILLARD (J) , MORGON (A) :

Degenerescence des tumeurs bénignes et des affections
bénignes chroniques de l'oesophage.

... Annal. Oto-laryng. , 1965 , 82 , 3-6

NEGRE (E) , COLLIN (R) :

Léiomyomes de l'oesophage.

... Montpellier Chirurgical , 1955 , 7 , 18-25.

OSHAWA (T) :

Surgery of the esophagus.

... Arch. F. Jap. Chir. 1933 , 10 , 605.

PERROTIN (J) , DE LANGRE (M) :

Un volumineux leiomyome de l'oesophage.

... Mem. Acad. Chir. 1958 , 84 , 789-791.

PLATCHA (A) :

Benign tumors of the esophagus. Review of litterature and
report of 99 cases.

... Amer. J. of Gastroenterology , 1962 , 38 , 639-652.

POSTLETHWAITE (R) , SEALY (W) :

Surgery of the esophagus.

... Springfield, Ill. 1961 , Ch. C. Thomas , Publisher.

RESANO (J.H.) , MALENCINI (M) , ELENITZA (J) :

Leiomyome de l'oesophage abdominal diagnostiqué par pneumopéritoine.

... Presse Médicale. 1954 , 86 , 1822-1823.

RICHARD (J.C.) :

Tumeurs bénignes de l'oesophage. Traitement chirurgical.

... Actualités Hépato-gastro-entérologiques. Paris 1966
n° 2 . L'Expansion Scientifique française.

ROMANOVA (G.M.) :

Benign tumors of the esophagus.

... Vestnik chirurgia , 1968 , 5 , 22-25.

SAUERBRUCH (F) :

Presentations in the field of thoracic surgery.

... Arch. F. Klin. Chir. 1932 , 173 , 457.

SCHAFER (P.W.) , KITTLE (C.F.) :

Esophageal leiomyoma.

... The J. of Am. Med. Ass. 1947 , 133 , 1202-1205

SCHATZKI (R) , HAWES (L.E.) :

The roentgenological appearance of extra-mucosal tumors of the esophagus. Analysis of intramural extramucosal lesions of the gastro intestinal tract in général.

... The amer J. of Roentgenology and Radium Therapy. 1942 ,
48 , 1-15.

SCHIEBEL (H.H.) , CLEAVER (H.D.) :

A case of multiple leiomyoma of the esophagus.

... Am. Surgeon. 1955 , 21 , 1133 , 1136.

SCHLUGER (J) , ARCOMANO (J) , CARDON (O.P.) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Amer J. of Surg. 1956 , 91 , 852-855.

SCHMIDT (H.W.) , CLAGETT (O.T.) , HARRISON (E.G.) :

Benign tumors and cysts of the esophagus.

... J. of Thoracic and cardiovascular surgery . 1961 , 41 ,
717-732.

SCHMIDT (A) , LOCKWOOD (K) :

Benign neoplasm of the esophagus.

... Acta. Chir. Scand. 1967 , 133 , 640-644.

SCHNEIDER (S) :

Les tumeurs bénignes de l'oesophage. Présentation de six cas.

... Rev. Med. de la Suisse Romande. 1967 , 87 , 36-47.

SCHNUG (G.E.) :

Leiomyoma of the cardio-esophageal junction.

... Arch. Surg. 1952 , 65 , 342-346.

STOREY (C.F.) , ADAMS (W.C.) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Amer. J. of Surg. 1956 , 91 , 3-23.

SWEET (R.H.) , SOUTTER (L) , VALENZUELA (C.T.) :

muscle wall tumors of the esophagus.

... J. of Thoracic Surg. 1954 , 27 , 13-35.

TOTTEN (R.S.) , STOUT (A.P.) , HUMPHREYS (G.H.) :

Benign tumor and cyst of the esophagus.

... J. Thorac Surg. 1953 , 25 , 606-622.

THOMPSON (H.L.) , GREGORY (G) :

Benign lesions of the esophagus : surgical significance.

.. Arch. of Surg. 1954 , 69 , 898-903.

VE VOKA (S.V.,) :

Leiomyomas of the esophagus.

... Ceskoslovenska gastro-enterologie avyzika. 1969 , 23 ,
97-100.

VIARD (H) , CLAUDON (R) , LAGEZE (P) :

Un cas de leiomyome de l'oesophage opéré.

... Rev. Med. de Dijon 1968 , 3 , 29-31.

VIRCHOW (R) :

Die Krankhaften geschwülste.

. Berlin 1867 , 3 , 128.

WACHSMUTH (W) :

Über hereditäres vorkommen zirkulär wachsender leiomyoma
des Oesophagus.

... Der. Chirurg. 1959 , 30 , 145 , 149.

WELTI (H) , PARADES (B. de) , GANIERE (P) :

Volumineux fibrome de l'oesophage ayant simulé chez une
enfant de douze ans une dyskinésie avec anorexie mentale.

... Arch. Mal. App. Dig. 1960 , 49 , 592-598.

ZARKYS (M) , PAWLOWSKI (A) :

Leiomyoma of the esophagus.

... Bull. Polish. Medical Science and History 1967 , 10 ,
118-119.

TABLE des MATIERES

Pages

INTRODUCTION	1 & 2
HISTORIQUE	3 à 5
FREQUENCE	6 à 8
EXPOSE des DEUX OBSERVATIONS	9 à 28
CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES	29 & 30
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	31 à 38
Rappel histologique	32
Classification	32
Histogènèse	36
Aspect macroscopique	37
Examen histologique	38
SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE	39 à 42
DIAGNOSTIC	43 à 49
Etude radiologique	44
Etude endoscopique	48
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	50 à 53
TRAITEMENT	54 à 58
CONCLUSION	59 & 60
BIBLIOGRAPHIE	60

